

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XIX

MAIO DE 1958

N.º 11

Sumário:

	Pág.
<i>Fibradenoma da mama e câncer</i> (Conceito da degeneração maligna) — Prof. CARMO LORDY e Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO	163
<i>Sindrome ou síndrome?</i> — Prof. PAULO MANGABEIRA ALBERNAZ	167
<i>Sindrome</i> — Prof. LEONÍDIO RIBEIRO	169
<i>Sindrome ou Síndromo?</i> — Dr. CESÁRIO TAVARES	171
<i>O segredo médico no hospital</i> — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO	173
<i>Sanatório São Lucas — Reuniões do Corpo Médico</i>	175



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "ANALS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do
DR. ADHEMAR NOBRE

pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

*

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

DIRETORIA 1958/1959

Presidente

Dr. PAULO ROBERTO CARDOSO REBOCHO

Vice-Presidente

Dr. ADHEMAR NOBRE

Primeiro Secretário

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

Dr. WALDEMAR MACHADO

Primeiro Tesoureiro

Dr. NELSON CAMPANILE

Segundo Tesoureiro

Dr. JOSÉ SALDANHA FARIA

Bibliotecário

Dr. ROBERTO DELUCA

Conselho consultivo:

DRS. ENRICO RICO, LUIS BRANCO RIBEIRO, MOACYR BOSCARDIN, FERDINANDO COSTA e JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER



BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XIX

MAIO DE 1958

N.º 11

Fibroadenoma da mama e câncer (*)

(Conceito da degeneração maligna)

Prof. CARMO LORDY e Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Anatomopatologista e Diretor do Sanatório São Lucas)

Dr. Eurico Branco Ribeiro. — O fenômeno do aparecimento sucessivo de casos raros da mesma natureza mais uma vez se confirma, aqui em nosso Serviço, com a observação de um segundo caso de fibroadenoma gigante da mama.

Tivemos ocasião de apresentar aqui, com o prof. Carmo Lordy, um caso observado ainda este ano e que foi não só relatado nos seus aspectos clínicos, como exposto pelo prof. Lordy nos seus aspectos histopatológicos. O nosso prezado mestre acentuou muito bem, naquela ocasião, que em 16% dos casos de fibroadenoma da mama ocorre a degeneração cancerosa.

Tivemos agora a oportunidade de receber uma doente que nos foi encaminhada da cidade de Jaú, neste Estado, e que há cerca de um mês atrás notara um grande "caroço", na sua expressão, situado na mama esquerda. Dizia ela que esse tumor teria tido uma ligeira regressão depois de um tratamento tópico que lhe fora aconselhado pelo médico da família e este, não tendo observado uma regressão satisfatória, enviou-a para esta capital, a fim de que o caso fosse melhor esclarecido, aconselhando-a entretanto que o fizesse com uma certa urgência. A paciente negava a existência de febre; o seu estado geral era bom. Não acusava dor expontânea na sua mama esquerda, que apresentava um grande aumento de volume à custa quase só do hemisfério superior, o qual se achava todo tomado por um tumor móvel, que não comprometia a pele e não produzia retração do mamilo, apesar do seu grande volume. Havia intensa circulação

(*) Discussão de caso na reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 14/11/57.

colateral sobre o tumor, desenhando-se os vasos venosos na pele duma maneira muito visível. Apenas palpamos um pequeno gânglio axilar esquerdo ligeiramente doloroso. Diante dum tumor desse volume, móvel, bem delimitado pela palpação, sem haver retração do mamilo pareceu-nos estarmos observando um novo caso de fibroadenoma gigante da mama e, nessas circunstâncias, para que tivéssemos uma melhor orientação no ato cirúrgico, pedimos ao dr. Ferdinando Costa que nos fizesse uma biopsia de congelação durante a intervenção, a fim de verificarmos se devíamos nos limitar a uma ressecção parcial da mama ou se teríamos que fazer uma ampla cirurgia, a fim de atender à emergência de um tumor.

Fizemos a intervenção sob anestesia geral administrada pelo dr. Roberto Deluca, sendo nosso auxiliar o dr. Eduardo Dolder. Fêz-se uma incisão radiada no hemisfério superior, caindo-se sobre o enorme tumor, do qual se retirou um fragmento para o exame histológico imediato. Enquanto se procedia a esse exame, verificamos que o tumor, embora de aspecto e contornos bem nítidos, não apresentava propriamente uma cápsula, mas estava em contacto direto com o tecido adiposo subcutâneo, que se mostrava ligeiramente edematoso. Veio-nos o resultado dizendo que havia realmente um fibroadenoma de mama infiltrado por processo inflamatório. Ora, a existência de um processo inflamatório assentado sobre o tumor explicava perfeitamente aquela reação do tecido adiposo subcutâneo. Diante disso, resolvemos fazer exerese parcial da mama, que se realizou em condições fáceis e normais, apesar de ligeira perda de sangue. Posteriormente, ao se fazer o exame complementar do tumor, verificou-se que no seu interior havia um processo degenerativo, carcinomatoso, sobre o qual nos vai falar agora o prof. Carmo Lordy.

Prof. Carmo Lordy. — O caso que o Dr. Eurico acaba de apresentar deve ser considerado como uma raridade repetida a breve intervalo. Trata-se de um caso de mastoma, interessante por diversos motivos: por ser representado por um fibroadenoma e não por simples hiperplasia, como alguns autores querem; por seu crescimento rápido e principalmente por ter na sua evolução sofrido a chamada degeneração maligna, carcinomatosa. Este último fato é de grande importância, porquanto geralmente se atribue ao fibroadenoma da mama um prognóstico favorável, apesar da percentagem de 16,9% de casos em transformação carcinomatosa ou sarcomatosa.

Para que o conceito de degeneração maligna seja devidamente interpretado, é útil acentuar algumas das diferenças estabelecidas entre os chamados tumores benignos e tumores malignos. O tumor considerado benigno é em geral um tumor diferenciado, quer dizer, é constituído por uma variedade de tecido, que se aproxima do correspondente normal; exemplo: um papiloma da cutis reproduz com muitas de suas particularidades a estrutura da epiderme; um ade-

noma é representado por um conjunto de formações glandulares, que não se distanciam das normais.

Nos tumores malignos já não se observa o mesmo fato: em geral falham os sinais de diferenciação; a evolução é mais rápida; prevalecem os processos proliferativos acompanhados de muitas figuras mitóticas, freqüentemente atípicas. O crescimento do tumor não é expansivo, capsulado, como na variedade benigna, mas infiltrativo e destrutivo. São freqüentes as metastases, bem como as recidivas.

Os dados acima expostos facilitam a compreensão do processo da degeneração maligna de um tumor benigno. Em tais casos, não se assiste a uma perda dos atributos de diferenciação de uma parte do tumor, até então considerado benigno, com a consecutiva transformação em tumor maligno por desdiferenciação: ao contrário, assiste-se a um processo de proliferação. A degeneração se efetiva a custa de "zonas de proliferação", as menos diferenciadas. A expensas de tais zonas se produz um novo tecido atípico, que prolifera com caracteres destrutivos.

O tumor benigno que sofre a degeneração maligna é um tumor *ab initio* maligno, com malignidade latente, porque num primeiro tempo predominaram condições e impedimentos, que obstaculavam ou retardavam tal transformação, a qual acabou se processando no momento em que essa ação inibidora já não se fez mais sentir.

Por fim, numa preparação histológica foi possível demonstrar: em meio de tecido conetivo fibrosado, numerosas ilhotas de formações glandulares do fibroadenoma, além da presença de muitas fendas claras, revestidas de endotélio e correspondentes a capilares linfáticos dilatados. A significação de tais espaços claros se relaciona com certeza com o comprometimento de gânglios linfáticos regionais, que não permitiram o normal escoamento do líquido linfático. Numerosas dessas fendas linfáticas continham células atípicas carcinomatosas, ncoproduzidas, em via de difusão pela rede linfática.

Dr. Eurico Branco Ribeiro. — Depois desta magnífica exposição feita pelo prof. Carmo Lordy sobre o conceito da malignidade e benignidade, vamos voltar ao nosso caso clínico e indagar a opinião dos presentes sobre qual a conduta que o médico assistente deve ter diante dessa eventualidade: é suficiente a retirada parcial da mama num caso em que se apresenta uma degeneração central de um tumor benigno?

O tratamento feito no caso nos dá a convicção de que foi retirada toda a massa tumoral; apenas restou para a enferma a parte sã do hemisfério inferior da mama. Será isso o suficiente para lhe trazer a cura da sua moléstia? É uma pergunta angustiante.

Nós sabemos que hoje em dia está tomando vulto aquela tendência, possivelmente iniciada na França, porque foi de lá que nos

vieram os primeiros trabalhos sobre o assunto, de se fazer, apenas, a ablação da mama nos casos de câncer, sem se proceder àquela extensa cirurgia demolidora com ressecção dos músculos peitorais e uma toilette completa da axila e às vezes da fossa supraclavicular. Nessa orientação moderna, que muitos estão achando suficiente, basta, depois da ablação da mama, fazer-se a radioterapia nos territórios linfáticos, para que uma eventual metástase seja aniquilada pela ação dos Rx. Há também uma corrente, que se mostra bastante influente, entusiasta e que preconiza levar-se o tratamento para o lado hormonal dentro mesmo da associação à cirurgia. Ainda agora, num número do Lahey Clinic Bulletin que nos chegou recentemente, há uma apreciação sobre o tratamento do câncer da mama, principalmente quando apresenta metástases, por meio da ovariectomia ou ooforectomia e das operações sobre a hipófise e as suprarrenais. Os resultados apresentados não só pelos médicos da Clínica Lahey de Boston, como também por vários autores citados, vêm dando resultados apreciáveis, não só com a extirpação dos ovários, como também com a adrenalectomia e a hipofisection. Entretanto, todos os autores assinalam que só em uma certa porcentagem de casos se observa a regressão de metástases. Numa percentagem relativamente pequena, a sobrevida pode até alcançar os 5 anos, de sorte que essa orientação cirúrgica complementar no tratamento do câncer da mama pode trazer êsses resultados apreciáveis, mas também pode falhar redondamente; não sabemos, num caso como o que no momento nos está preocupando, qual seria a orientação melhor a tomar.

Para encerrar a nossa discussão de hoje, queríamos referir um caso que nos veio agora novamente à consulta: uma enferma operada em 1942 de câncer da mama esquerda. Foi então feita por nós a amputação clássica de Halsted, seguida de radioterapia. Desde lá, por 15 anos ela vem passando perfeitamente bem e agora nos aparece com sintomas abdominais bem localizados no flanco esquerdo e o exame radiológico nos mostra uma faixa de mais de 5 cm. de comprimento do colo descendente por provável câncer. Quer dizer que esta doente possivelmente é portadora de novo tumor maligno, desta vez no intestino. Possivelmente não há relação nenhuma entre aquêle tumor que foi retirado a 15 anos atrás e êste que agora ela apresenta, mas o caso se presta para uma indagação: o terreno biológico do indivíduo é uma predisposição para o aparecimento do câncer? O câncer é uma moléstia infecciosa, como defendem os alemães e o nosso amigo Almeida Prado, podendo haver então localizações em várias partes do organismo no tempo e no espaço? São indagações que esse caso nos traz.

Síndrome ou Síndromo? (*)

Prof. PAULO MANGABEIRA ALBERNAZ

(Catedrático da Escola Paulista de Medicina)

Escreve-me um colega amigo: "Eu queria saber como você encara a raiz grega *dromo*, que nos deu *velódromo*, *hipódromo*, *autódromo*, *aeródromo*, *pródromo* e *síndromo*".

Para estudar o assunto, começarei por eliminar da lista o vocábulo *síndromo*. Em verdade, ele só é apresentado ao lado de *pródromo*, *velódromo*, etc., pelo seguinte: 1º) por analogia; 2º) por supor-se que o termo médico proviesse do grego *syndromos*. Veremos, adiante, o que há de concreto nestas duas hipóteses.

A seguir, separarei mais duas palavras: *velódromo* e *autódromo*. São dois termos híbridos (metade latim, metade grego), e evidentemente modernos, feitos ambos, embora mal, por analogia com *hipódromo*. De fato, *velódromo* foi formado do latim *velox* — veloz, rápido, e do grego *drómos*, corrida. Designa o local de corridas de bicicletas... e não é só bicicleta que é veloz. *Autódromo* ainda é pior. Foi feito em França, de *automobile* — automóvel, mais *drómos*.

Tornarei a isolá uma palavra: *aeródromo*, de *aér* (gen. *aéreos*), em grego o ar, e *drómos*. Significaria *corrida de ar*, e jamais corrida de avião, ou pista de avião, que é o que designa.

Dos seis vocábulos primitivos restam-nos *hipódromo* e *pródromo*. *Hipódromo* veio-nos do latim *hippodromos* (genit. *i*), já empregado desde o século I de nossa era com o significado atual, e mais o de picadeiro. O latim recebeu-o do grego *hippódromos*, formado de *hippos*, cavalo e *drómos*, corrida. *Drómos* designava corrida, referindo-se à de cavalos. Estenderam, depois, o significado do vocábulo às corridas a pé, a carro, etc. Daí a necessidade do termo *hippódromo*.

De *hipódromo*, por analogia, criaram-se, modernamente, os termos mal feitos *aeródromo*, *velódromo*, *autódromo*, etc.

Com a palavra grega *drómos* formaram-se na língua grega inúmeros compostos dos quais dois são muitos nossos conhecidos: *prodromé* e *pródromos*, *syndromé* e *syndromos*. Outros há ainda: *andromé* e *anadromos* (grave!). Cotejam a acentuação com a de *pródromos* os amigos da analogia a pulso!, *palindromé* e *palindromia* (este preferível àquele) e *palindromos*. E provavelmente outros.

Nestas palavras, as terminadas em *e* e *ia* eram substantivos; as em *os*, adjetivos. *Prodromé* era a corrida para a frente; *pródromos*, aquêle que corre na frente, precursor, precoce. *Anadromé* significava o movimento ascendente da seiva na haste, sobressalto da dor (Hipócrates), e *anadromos*, o que sobe vivamente a corrente. *Palindromé* ou *palindromia*, a corrida em sentido inverso, o movimento retrógrado e, daí, como termo médico, a reabsorção de um abscesso (Hipócrates); *palindromos* (ou *palindromés*), o que corre em sentido contrário, o que volta sobre os passos. Assim, também, *syndromé* queria dizer concurso, afluência de coisas ou de bens, reunião tumultuosa, ao passo

(*) Carta lida na Sociedade Médica São Lucas em 9/2/36.

que *syndromos* significa "que acompanha, que segue". Era, igualmente, substantivo, com a significação de "encruzilhada".

Síndromo surgiu em linguagem médica, como já disse, por analogia com *pródromo*, e, também, pela suposição de provir de *syndromos*. De fato, os que se aprofundaram no estudo do problema tomaram por base a hipótese desta origem.

Se *síndromo* ou *síndrome* provinha de *syndromos* ou de *syndromé* era questão apenas de gosto ou de conjectura, até que, pela primeira vez desde que o problema existe, cheguei à conclusão irrecorribel de que só os textos médicos antigos podiam dar solução ao caso. Deste meu estudo, cujas minúcias podem ser lidas no meu trabalho "A verdade acerca da palavra *síndrome*", publicado nas "Publicações Médicas", ano XXI, n.º 177, de agosto de 1950, vê-se que o término médico jamais foi *syndromos* e sim *syndromé*. A palavra foi introduzida na linguagem médica pelos *empíricos*, escola médica antagônica ao dogmatismo, e que existiu entre 270 e 220 antes de Cristo.

Se o término que os antigos usaram, já antes de nossa era, foi *syndromé*, e foi *syndrome* o término que passou ao latim dos mosteiros; se, em ambos os idiomas, era do gênero feminino: — jamais poderá haver em português *síndromo*, e sim *síndrome*. Nem *síndroma* se justifica, pois que as palavras portuguêses de origem grega em e que deram terminação em *a*, tiraram-na, de fato, do latim: *gramática*, *rétorica*, *aorta*, etc.

Se procurarmos, nos livros da antiga medicina, os outros termos em que existe *dromos*, veremos: 1.º não existe *prodromé*, mas *pródromos*; 2.º não existe *anadrómio*, mas *anadromé*; 3.º não existe *palindromos*, nem *palindromé*, mas *palindromia*. Por que razão foram escolhidos pelos médicos gregos *anadromé*, mas *pródromos*, *palindromia*, mas *syndromé*? Caprichos do idioma, que não podemos deixar de respeitar.

Todos estes vocábulos foram perfilhados pelo latim. Uns como *prodromos*, pelo latim clássico; os outros, pelo latim dos mosteiros.

Ora, se nem no grego, nem no latim, se recorre à analogia, teremos, em português, direito de fazê-lo? E' lógico que não.

Desta sorte meu caro colega, está explicado, não como eu encaro a raiz grega, *dromos* em *velódromo*, *hipódromo*, *autódromo*, *aeródromo*, *pródromo* e *síndromo*, mas como deve ser encarada em filologia portuguesa e sobretudo, em filologia médica: *hipódromo* (*velódromo*, *aeródromo*, *autódromo*, *cinódromo*, etc.); *pródromo*; *palindromia*; *anádrome* (não usado) e *síndrome*.

Os gregos e latinos assim o quiseram; elas mandam.

Síndrome (*)

Prof. LEONÍDIO RIBEIRO

Muitos exemplos poderão ser lembrados para documentar os vícios e incorreções da maneira de grafar e pronunciar vários vocábulos de uso comum na linguagem médica, no Brasil. Um déles bastaria para dar idéia da confusão geral em que vivemos: *sindrome*. A palavra é de origem grega e passou para a língua francesa com a forma única: "la syndrome". Em nosso idioma, porém, cada qual se arvora com o direito de a empregar de modo diverso, em gênero, tônica e terminação, de acordo com suas preferências pessoais, mais ou menos justificadas, de sorte que o estudante de medicina não aprenderá a maneira certa como há de escrever esse vocábulo. Afrânia Peixoto diz a *sindrome* e Aloisio de Castro a *síndroma*. Miguel Couto não aceita nenhuma das duas formas e explica: "Enquanto espero que os filólogos decidam a grafia e a prosódia desta expressão, eu a vou empregando como dantes, e entre síndroma, síndroma e syndrome, peço vênia para continuar a dizer o síndromo. O grande preceito lingüístico que pleiteia a adoção de síndrome é que este vocábulo já existe tal qual constituído no grego: sundrome. Derivação, porém, não é transladação. Lá porque a palavra já estava feita e acabada no grego, de acordo com a índole da língua, não é o português obrigado a recebê-la intacta, sem respeito à sua própria índole. Aliás, ali mesmo ela, é composta de sin, com, e dromos, carreira. A expressão síndromo é, portanto, da mais pura e lídima descendência em linha direta; de syn e dromos os gregos fizeram síndrome e nós fizemos síndromo, como já tinhamos feito pródromo, hipódromo, homódromo".

De Miguel Couto discorda Ramiz Galvão, seu colega de igual autoridade, por isso que professor da Faculdade de Medicina e membro da Academia de Letras: "Síndrome é sintoma sem relação com determinada doença. Cândido de Figueiredo acentua síndroma e fá-lo masculino. O uso entre nós é o mesmo: mas cumpre corrigi-lo. O fato de haver em medicina muitos vocábulos em oma, paroxitonos e masculinos, por virem de substantivos neutros em oma, omatos, induziu a êrro os nossos cientistas. Aqui a etiologia está mostrando que o correto é a síndrome, ou quando muito a síndroma". Idêntica é a opinião de Plácido Barbosa: "A palavra é o gênero feminino, como no grego, e o acento tônico deve recair na primeira sílaba, ficando a palavra esdrúxula. Seria perdoável fazer a palavra síndrome grave ou paroxitona, por analogia com sintôma; não é, porém, aconselhável. Compreende-se que o uso popular, com o longo correr dos anos, modifique e altere vocábulos; mas substituir esse processo evolutivo pela alteração artificial e voluntária do vocábulo, antes do seu uso, e logo ao introduzi-lo na corrente da língua, é absurdo. Pelos mesmos motivos, é igualmente condenável mudar o gênero de síndrome, de feminino para masculino, alterando-lhe a terminação para ajeitá-la esse gênero (síndromo); isso é um arbítrio que coisa nenhuma justifica, uma licença que se não apoia em nenhuma regra ou preceito lingüístico".

Outra é a maneira do dr. Pedro Antônio Basilio resolver o problema: "Con quanto não seja errônea a forma síndroma, todavia preferimos dizer síndromo

(*) Extraído da ("Revista Brasileira", ano II, n.º 70, setembro de 1942).

(acentuando a antepenúltima sílaba) por nos parecer mais razoável. Os que empregam a forma sindrómica podem justificar-se dizendo que ela provém do substantivo grego *sundrome*, da primeira declinação, que quer dizer encontro, concurso, afluência, estando, porém na obrigação de banir o termo pródromo e adotar a forma *prodroma*, que se deriva de modo análogo do substantivo da primeira declinação grega *prodrome*, que quer dizer ação "correr na frente, de preceder". Os que adotam a forma *síndromo* (com acento na antepenúltima sílaba) derivam o termo do grego *sundromos*, que quer dizer: "que corre junto, que se encontra", e, por coerência, adotam a forma *pródromo*, que provém da palavra grega *pro-dromos*, que quer dizer: corre antes, que precede, anterior. Como acabamos de ver, podemos empregar uma ou outra forma; porém o que se pode admitir é a incoerência dos que aqui escrevem *sindrómica* e acolá *pródromo*. Devemos, por coerência, dizer *sindrómico*, ou então o que é melhor, *síndromo* e *pródromo*, assim como dizemos *velódromo* e *hipódromo*".

Também em Portugal não há acordo na maneira de escrever e pronunciar a palavra *síndrome*. Cândido de Figueiredo afirma que *sindrómica* não é pronúncia exata: O breve do grego *sundrome* ordena que se faça a acentuação tônica na primeira sílaba. Provavelmente, o êrro vem de uma de duas causas: ou a influência de sintoma, que toda gente pronuncia bem, porque ali o *o* representa o ômega do grego *sumptoma* e, portanto, ordena a acentuação tônica na segunda sílaba; ou a influência da pronúncia francesa, que não conhece esdrúxulos. E, embora a palavra fosse usada entre os antigos médicos gregos, não veio de lá diretamente para nós, mas, naturalmente do francês; e, por isso, o êrro prosódico, se não tem absolvição, como creio, tem, pelo menos, atenuante. A primeira vista, parece, com efeito, que, tendo nós *pródromo*, *hipódromo*, devíamos dizer *síndromo*, visto que o elemento grego *dromos* entre originariamente em todas estas palavras: e *síndromo* seria, se a palavra fosse formada dos dois elementos gregos *sun* e *dromos*. Mas não fomos nós que a formamos: foram os gregos, os quais apesar de haverem formado *hipódromos* e *prodromos*, têrmos masculinos, formaram o feminino *sundrome*; os franceses deram-lhe o mesmo gênero e a forma correspondente (*syndrome*); e não vale a pena, nem nos permitiram que passássemos por cima dos franceses e dos gregos, formando uma palavra de nossa exclusiva responsabilidade. E, visto que o têrmo é feminino, em grego e em francês, não se explica bem porque foi que os nossos médicos o fizeram masculino. Talvez a influência de sintoma. O bom senso e a razão das coisas aconselham a *síndrome*.

E' em sentido diferente o parecer recente de outro filólogo, o dr. José Inez Louro, também médico, e que se mostra profundo conhecedor dos segredos da língua: "Em português, tem-se representado correntemente pela forma e pronúncia *sindrómica* e com gênero masculino. Trata-se, porém, de um vocábulo nitidamente incorreto; e, por isso, os linguistas, português e brasileiros, têm procurado corrigi-lo, variando embora por vezes, nas opiniões. Pode parecer que a boa forma portuguesa é *síndrome*. Todavia este vocábulo é, fora de todas as dúvidas, incorreto". Depois de justificar, longa e documentadamente, suas divergências com outros médicos e glotólogos do Brasil e de Portugal, o autor acrescenta: "Não dizemos isto por simples vontade de discordarmos de Cândido Figueiredo, Ramiz Galvão, Plácido Barbosa, Francisco Tourinha e Júlio Dantas; dizêmo-lo porque assim manda a verdade e a analogia". E logo conclue: "Em suma, dada a palavra grega *sundrome* (inadequada na acepção do têrmo médico atual) o seu correto aportuguesamento seria *síndroma*, feminino; mas, pelas razões semânticas, muito mais filológico será, segundo cremos, tirar a palavra do grego *sindromos*, que dará para português *síndromo*, masculino. Esta além de apresentar um significado etimológico mais compatível com o sentido atual e de ser correta na forma, na pronúncia e no gênero, tem a vantagem de ficar idêntica ao consagríssimo *pródromo* (com o qual se identifica também pela natureza do significado) e a outras cognatas, *aeródromo*, *hipódromo*, etc."

A palavra *síndrome* é exemplo característico da confusão existente em matéria de grafia e prosódia na linguagem médica portuguêsa

Síndrome ou Síndromo? (*)

Dr. CESÁRIO TAVARES

(Membro da Sociedade Médica São Lucas)

A propósito da resposta que o Prof. Mangabeira Albernaz enviou à consulta do Dr. Eurico Branco Ribeiro, estudando os termos síndrome e síndromo, desejamos fazer algumas considerações sobre as palavras em epígrafe.

Queremos, inicialmente, externar aqui, ao Prof. Mangabeira Albernaz, nosso respeito e admiração, reconhecendo-lhe e louvando-lhe as inegáveis qualidades de grande estudioso e incansável pesquisador das coisas de linguagem e questões filológicas e, em particular, de filologia médica.

A discordância de pareceres tem sido amplamente debatida não só na literatura médica brasileira, como na portuguesa e não queremos citar aqui, por prolixos, os inúmeros autores a quem o problema do termo exato tem interessado.

A modo de introdução, lembramos que a importação ou trasladação e formação de palavras novas, numa determinada língua, devem obedecer a certas regras ou princípios filológicos que as adaptem à língua em questão, dentro de grafia, prosódia e semântica corretas, ou consideradas como tais.

Vejamos: as palavras gregas da 1.^a declinação passam, de regra, para o português, com a terminação, quer terminem, no nominativo, em *a* (α) ou *e* (η). Citemos alguns exemplos: *aorte* — αορτή — *aorta*, *glena* — γλένη — *glena*, *grammatica* — γραμματική — *gramática*, *idea* — ιδέα — *idéia*, *diaita* — διαιτα — *dieta*.

Excepções existem; constituem, porém, termos de gramática, estilística ou nomes próprios: *síncope*, *diástole*, *Irene* e outros.

Assim sendo, e segundo a regra geral, o vocabulário daria, corretamente, no português, *síndroma* e não *síndrome*.

Não resta dúvida de que o latim dos mosteiros já traduziu e registava o termo *síndrome*; acreditamos, porém, não ser isto razão suficiente para aceitá-lo, contrariando os princípios filológicos e a atual significação da palavra.

Acontece que, em grego, *síndrome*, quer dizer concorrência, concurso, e também encruzilhada e, ao que parece, tal significado

(*) Palavras proferidas na Sessão de 9/2/1956 da Sociedade Médica São Lucas.

não tem a mesma acepção do sentido atual do termo, na linguagem médica.

A língua grega possuía também o adjetivo síndromos —*σύνδρομος* que significa "que acompanha, que corre". Sabido é, que a maioria dos adjetivos pode ser usada substantivamente, e assim, síndromos —*σύνδρομος*, como substantivo tem a acepção de "aquele ou aquela que acompanha, que corre".

E não há dúvida de que é este o significado médico do termo que se discute, como acentua Inês Louro: "Na verdade, esta palavra médica pretende significar ao pé da letra, não "a concordância" mas aquilo que acompanha "o mau funcionamento dum órgão ou as suas alterações anatômicas, isto é, o grupo de sintomas "que acompanha" as alterações anátomo-patológicas dum dado órgão..."

A analogia é um esteio de uniformidade, e o que desejamos é a uniformidade, a coerência da linguagem médica, hoje tão desejada...

Com significado médico tinha o grego, e temos nós, a palavra pródromo, possuindo o mesmo radical, e sendo também adjetivo substantivado, com a acepção de "aquele ou aquilo que precede, o precursor".

Seria lógico concluir, para não nos estendermos, que se temos pródromo, que provém de pródromos — *πρόδρομος*, devemos ter síndromo —, proveniente de *σύνδρομος*.

Abandonando ainda tal modo de pensar, temos adjetivos legítimamente formados na língua grega, com sentido de substantivo, comparticipando do mesmo radical, haja vista: hemeródromo *ἡμεροδρόμος* o que corre durante o dia, correio, mensageiro militar, além do conhecidíssimo hipódromo e outros.

Portanto, síndromo, e aqui ficamos.

O segredo médico no hospital (*)

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

(*Diretor do Sanatório São Lucas*)

Hoje queremos salientar a importância das questões relativas ao segredo médico. Essas questões são de múltiplos aspectos, porque o segredo do médico não se refere tão somente às relações do médico com pessoas estranhas à família como também com as pessoas da própria família do doente e ainda com os próprios colegas. Naturalmente é hábito não haver segredo entre médicos. Nas conversas sobre assuntos clínicos, os médicos podem falar a respeito de seus doentes, nomeando mesmo, em certos casos, as pessoas a quem eles se referem, porque o médico tem o dever de conservar o segredo médico. Assim, de regra, entre médicos não deve haver segredo; entretanto, em uma reunião pública ou sessão para discussão de casos clínicos é hábito não se declinar o nome das pessoas às quais se referem os casos e isso é justo, porque, muitas vezes, as discussões ali havidas são divulgadas fora dos círculos médicos através de revistas e boletins; se fossem apenas para conhecimento de médicos, não teríamos inconveniente em citar o nome da pessoa à qual se refere o caso apresentado. Mas como essas discussões podem ser publicadas ou então como pessoas leigas podem estar presentes no ambiente aberto de uma reunião médica e então tomar conhecimento de casos referentes a determinadas pessoas, a citação de nomes deve ser evitada. Na feitura de trabalhos médicos já nos habituamos a fazer a identificação pelas iniciais dos doentes. Entretanto, numa conversa íntima dentre médicos pode-se declinar o nome do doente, principalmente em ambiente hospitalar, em que muita vez são discutidos acontecimentos clínicos ou acidente que podem ter ocorrido. Não há então inconveniente em que os médicos tomem conhecimento do nome do doente em questão, uma vez, é claro, que não usem desse conhecimento para desprestigar seus colegas dentro e muito menos fora da classe.

Com relação a estranhos, é claro que o médico não deve dar informação sobre os seus doentes quando elas não são aconselháveis. Frequentemente um parente ou um amigo do doente indaga do médico o que é que tem fulano, de que é que foi operado, quanto

(*) Palavras proferidas em Reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 14 de maio de 1957.

tempo ainda poderá viver. O médico não deve dar essas informações a tais pessoas. Deve contornar o assunto da maneira mais urbana possível; principalmente em casos de moléstias graves, de prognóstico fechado, a atitude do médico precisa ser muito discreta. Ele deve, sem dúvida, avisar a alguém: se o doente é casado, deve avisar o outro conjugue ou um filho do casal, ou um parente próximo muito íntimo, para que possa a sua responsabilidade de médico ser ressalvada, visto que perante o doente o médico sempre deve dizer palavras de animação, embora se trate de um prognóstico fechado e as pessoas da família que o estão ouvindo saberão compreender o sentido das suas palavras, pois para com o doente o médico deve muitas vezes usar daquela "divina mentira" que é a palavra de consolação, de conformação, de confôrto, que tanto bem faz ao seu espírito. Longe do doente, a uma pessoa mais chegada da família, o médico tem a obrigação de mostrar qual é a situação real.

Também na presença de outras pessoas do próprio hospital, enfermeiras, serventes e às vezes visitantes que por acaso ali estejam, o médico não deve declinar a moléstia ou a conduta cirúrgica relativa ao seu doente. Se, por exemplo, comentamos perto de enfermeiras certos aspectos da moléstia do doente, os ouvintes, às vezes sem qualquer intenção, podem transmitir essas informações a pessoas que não as devem receber. Assim precisamos ter muito cuidado com as nossas palavras no recinto hospitalar, para que nossos comentários não sejam repetidos ou não sejam mesmo deturpados e tomados num outro sentido, maldosa ou inocentemente. No ambiente hospitalar essa questão de segredo profissional é uma questão de todos os dias, uma questão de tôdas as horas, uma questão que se relaciona com tôdas as pessoas com que tomamos contacto. O médico precisa estar sempre atento quanto ao segredo profissional.

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Reuniões do Corpo Médico

Reunião de 13 de dezembro de 1956:

Fichas Clínicas. — Inicialmente o Dr. Eurico Branco Ribeiro focalizou a questão das fichas clínicas, mostrando a importância dos dados assinalados também sob os pontos de vista jurídico e administrativos. Referiu a orientação seguida no Sanatório São Lucas e referiu um caso ilustrativo em que a declaração de uma doente, sobre se tivera tido ou não filhos, se mostrou agora de importância, depois de sua morte, no que se refere à herança dos seus bens.

Histerectomia. — A seguir o Dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se às dificuldades que encontra o cirurgião, ao executar uma planejada histerectomia, quando o útero se apresenta com o aspecto do útero grávido. Relatou vários casos em que encontrou essa dificuldade, assinalando a importância da conduta que o cirurgião resolva ter. O assunto foi discutido pelos drs. João Noel von Sonnleithner, Paulo Bressan, Luís Branco Ribeiro, Waldemar Machado e Moacyr Boscardin.

Disfunção da sínfise pubiana. — Finalizando a reunião o Dr. Waldemar Machado apresentou um caso de disfunção da sínfise pubiana durante a gravidez, por escorregão. Assinalou que esse acidente favoreceu o parto. Após o parto foi feito o tratamento com simples contenção por faixa de esparadrapo. As sequelas foram nulas, o que nem sempre acontece na sínfisiotomia de Zárate.

O dr. Moacyr Boscardin lembrou que na Zárate só se deve seccionar os ligamentos articulares anteriores. Discutiram o assunto os drs. João Noel von Sonnleithner, e Eurico Branco Ribeiro.

Reunião de 20 de dezembro de 1956:

Assuntos diversos. — (Com a presença das enfermeiras chefes) — Inicialmente o Dr. Eurico Branco Ribeiro desejou um Feliz Natal a todos os presentes e cumprimentou, em nome do Sanatório São Lucas o dr. Thelbas Vasconcellos Rolim, cuja formatura foi festejada no dia 19 de dezembro corrente.

Serviço do Centro Cirúrgico. — Foi discutido o serviço do centro cirúrgico, fazendo-se várias sugestões para a melhoria da assistência dada.

Passou-se a discutir o serviço de enfermagem nos andares, fazendo-se, também, várias sugestões que foram encaminhadas à administração.

Reunião de 3 de janeiro de 1957:

Nova Administração do Sanatório São Lucas. — O Dr. Eurico Branco Ribeiro, referiu-se à entrada do novo ano coincidindo com a nova administração do Sanatório São Lucas. Referiu-se a orientação que vai ser dada aos assuntos administrativos e salientou os três itens que fazem o conceito de uma instituição no que depende de seus funcionários: assiduidade, dedicação e eficiência ou competência. Isso aliado a instalações adequadas fazem a reputação de um estabelecimento. O dr. Adhemar Nobre desejou feliz ano novo aos colegas e referiu-se a vários aspectos da vida hospitalar.

Reunião de 10 de janeiro de 1957:

Mensagem de fim de ano. — Inicialmente o Dr. Eurico Branco Ribeiro leu uma mensagem de fim de ano enviada pelo Dr. Juan Carlos Guzzetti, antigo estagiário no Sanatório São Lucas.

Diagnóstico de gravidez. — O Dr. Waldemar Machado trouxe à discussão um caso que foi internado no Sanatório São Lucas com o diagnóstico de gravidez; ao examinar a enferma pensou em provável fibroma ou cistoma de ovário; a histerometria dera 8 centímetros. Mas na mesa operatória surgiu a dúvida de se tratar de gravidez ou de tumor do miometrio. Fêz as provas de diagnóstico e a incisão do útero confirmou as provas anteriores (punção, injeção de pituitrina, etc.) de que se tratava de mioma intramural. A histerometria fôrça perturbada pela presença do tumor. O caso foi discutido pelos drs. Euclides Tissi, Eurico Branco Ribeiro, e José Saldanha Faria.

Atividade para 1957. — A seguir o Dr. Eurico Branco Ribeiro falou sobre a feitura de trabalhos, delineando um plano de atividades para 1957.

Curso de anestesia. — O Dr. Eurico Branco Ribeiro falou depois sobre um Curso de anestesia em Londres, ao qual poderia comparecer um dos anestesistas do Sanatório São Lucas.

Tumor Gástrico. — Foi apresentado pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro um caso de tumor gástrico, suspeito de micose, que será mais tarde apresentado com minúcias, depois de devidamente comentado.